

QUALITE DES PROCEDURES DE SOINS INFIRMIERS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO.

Maïga S O* , Poudiougou B**, Sacko M***, Ronse I****

*Direction Nationale Santé ; ** Quick Impact Initiative on Malaria / MDG for West and centre Africa/ Bamako Mali ; *** OMS Bamako Mali ; **** France

Travail réalisé par le Ministère de la santé/Direction Nationale Santé/DRS/CSREF CII avec l'appui financier de l'OMS

RESUME : Malgré les efforts entrepris par le Mali, les indicateurs de morbidité et de mortalité de santé sont restés encore élevés [1]. Le taux de mortalité générale (13‰) et la faible espérance de vie à la naissance sont des facteurs aggravant. Notre étude a été réalisée dans les formations sanitaires: publiques, parapubliques, communautaires, confessionnelles et privées de la commune II du district de Bamako. Nous nous sommes inspirée du postulat d'Avédis Donavédian sur l'évaluation de la qualité des soins et des services. Il s'agit d'une étude transversale surtout basée sur les procédures de soins infirmiers [9]. L'étude des procédures consistait en une observation passive des soins infirmiers avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques. Les déficits mis en exergue par l'analyse des résultats ont été en rapport avec le processus de soins qui était incomplet dans les centres : gestes techniques incomplets, le respect physique et psychique des malades au niveau des structures confessionnelles lors des soins infirmiers, mais beaucoup moins dans les autres structures. Le manque de directives écrites pour, la prévention des infections nosocomiales, la sécurisation des injections, la protection contre les déchets, le traitement et la prévention des blessures. La non- disponibilité de poubelles ou de matériels de stérilisation adapté dans la plupart des CSCOM et centres privés. La plupart des pansements et injections sont effectués par les matrones et les aides soignants. L'utilisation de seringues et aiguilles non stériles pour l'injection dans une proportion variant entre 5,26% à 13,16% de la population enquêtée.

Nous pouvons conclure que les soins infirmiers ne sont pas totalement sécurisants dans la plupart des infrastructures sanitaires de la commune II du district de Bamako.

Mots clés : Soins infirmiers, qualité, Procédure.

Summary : Despite the tremendous efforts undertaken by the government of Mali, health indicators for morbidity and mortality are still high [1]. The global mortality rate of 13‰ and the low life expectancy are the main enhancing factors for such phenomenon. This study was undertaken in public, private and Para-public and community health structures as well as confessional and faith-based health organizations in commune II of the district of Bamako.

Our evaluation was based on the Avedis Donavedian method for health services quality. It was a transversal study based on nursery care in the structures above cited [9]. The procedures for this study consisted of passive observance of nursery care with retrospective collection of data on the technical practices of the health workers in the services offered.

The results showed a higher deficit in term of incomplete technical practice, physical and psychic respect of patients in faith-based organizations than in other health structures. There were no written guidelines for preventing nosocomial infections, injections security, management of waste and hazards, prevention and treatment of wounds. There was a lack of adapted sterilization materials in most of the CSCOM and private structures. Most of the injections and treatment of wounds were done by assistant nurses and midwives. Moreover, the utilization rate of non sterile syringes and pins between 5.3 and 13.6% in the population studied.

In conclusion, there is no security in nursery care in most of the health structures of the Commune II in the district of Bamako.

Key words: Nursery Care, Quality, Procedure.

I. Introduction : La prise en charge des patients nécessite une synergie entre les cadres médicaux et le personnel de soutien que constituent les infirmiers et les paramédicaux. Pour une meilleure prestation de service aux usagers du système de santé ; le Mali a entrepris d'énormes efforts. Malgré ceux ci, les indicateurs de morbidité et de mortalité restent encore élevés [1]. Le taux de mortalité

générale (13‰) et la faible espérance de vie à la naissance sont des facteurs augmentant considérablement ces indicateurs. A ces facteurs s'ajoutent la paupérisation croissante et le développement et la propagation de certaines affections transmissibles comme le VIH/sida. En effet selon une enquête réalisée en 1992, la prévalence du VIH/sida a été estimée autour de 3% (3,4% chez les femmes

et 2,4 chez les hommes). La population jeune est la plus touchée (plus de 50% des personnes atteintes) [2]. Cette situation contraste avec l'existence de nombreux centres de santé communautaire (CSCOM) disséminés à travers tout le pays et la multitude d'écoles de formation socio sanitaires déversant sur le marché des jeunes agents de santé..

Ainsi le manque de personnel contribuerait à une prestation de moindre qualité des soins et du coût serait – il un des facteurs principaux d'élévation des indicateurs de santé observés dans les pays en voie de développement en général et au Mali en particulier.

Elle conforte l'hypothèse du rôle déterminant de la qualité des soins dans le recours des populations aux services de santé. L'amélioration de la qualité des soins a des conséquences certaines sur la fréquentation des établissements sanitaires d'où la nécessité de la prendre en compte dans l'analyse du recours aux soins [3].

La prévention est certes une stratégie essentielle pour obtenir ce résultat, cependant le rôle des soins curatifs dans la réduction de la morbidité et de la mortalité est aussi incontestable. C'est ce qui a valu tout le développement de la médecine clinique et des spécialités.

Une étude réalisée de juillet à septembre 1999 a montré un faible niveau de qualité des prestations sanitaires dans les formations sanitaires publiques et communautaires des Communes « V » et « VI » du District de Bamako [5].

Compte tenu de son impact sur la santé des populations, la qualité des soins curatifs constitue une préoccupation majeure en santé publique au Mali et dans l'ensemble de la sous région. Ce qui a conduit, l'UNICEF, la coopération française et l'IRD à développer un important volet de recherche sur la qualité des soins. Cette étude multicentrique a couvert cinq pays d'Afrique de l'Ouest : Côte d'Ivoire, Guinée-Conakry, Mali, Niger et Sénégal. Son objectif a été d'apporter une réponse aux problèmes posés par la qualité et l'équité dans l'accès aux soins en milieu urbain.

La sécurité des injections est également devenue une préoccupation majeure de santé publique. Le Ministère de la Santé du Mali, conscient des conséquences désastreuses que cette insécurité des injections fait peser sur l'incidence des maladies transmissibles notamment sur l'hépatite B et le SIDA, a décidé de mener une étude afin de se doter d'une politique nationale de sécurité des injections et d'un plan d'action intégré à moyen terme pour prévenir efficacement les infections

liées à la pratiques des injections dangereuses [6].

Ailleurs, si les soins curatifs représentent un pilier important de la qualité des soins, les soins infirmiers en constituent la portion congrue, et une étape importante qui garantit entre autre la qualité médicale des soins. Ce domaine reste insuffisamment exploré dans la plupart des évaluations au Mali. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'explorer cette question à partir d'une étude sur les prestations de soins infirmiers dans les formations sanitaires de la CII du district de Bamako.

Afin de résoudre ce problème notre objectif a été d'évaluer la qualité des prestations techniques de soins infirmiers dans les formations sanitaires publiques, parapubliques, confessionnelles, privées, et communautaires de la commune II du district de Bamako. Les aspects analysés au cours des soins sont surtout la dimension humaine et technique.

Patients et Méthode

Cadre de l'étude : Notre étude a lieu dans les formations sanitaires: publiques, parapubliques, communautaires, confessionnelles et privées de la commune II du district de Bamako.

Le District de Bamako est la capitale administrative et économique du Mali. Il est divisé en six (6) communes. Il s'étend sur 22 km d'ouest en Est et sur 12 Km du Nord au Sud, de part et d'autre du fleuve Niger avec une population 2001 estimée à 1.084.858hbts. Sa superficie totale est d'environ 267 Km² soit 26700 ha dont environ 18200 ha seraient habités actuellement. Elle reste encore traditionnelle, et l'influence de l'islam est prédominante. Son climat est de type soudanien favorable au développement des vecteurs responsables de plus part des maladies tropicales. Sa grande superficie est propice à une prolifération des bidons villes avec une forte concentration populationnelle favorable à la propagation des maladies transmissibles comme le SIDA et hépatite B.

Pour une superficie de 16,81Km² soit 1681 ha, la commune II, située presque au centre du district de Bamako, est limitée : à l'EST par la Commune I , à l'OUEST par la Commune III, au NORD par la Colline du Point G, au SUD par le Fleuve Niger. Elle abrite ailleurs 11 quartiers dont les plus vieux quartiers fondateurs du district de Bamako, et certains quartiers non lotis (type rural). Sa population a été estimée à 131734 habitants (source DNSI). La diversité ethnique fait valoir à la commune et même au Mali une grande richesse culturelle. Les principales activités

économiques sont : le commerce général presque tous les grands marchés de Bamako, les industries la majorité des grandes industries de Bamako, l'artisanat, le maraîchage, la pêche, et l'élevage.

II. Méthode : Notre étude s'est inspirée du postulat d'Avédis Donavédian sur l'évaluation de la qualité des soins et des services. Il s'agit d'une étude transversale surtout basée sur les procédures de soins infirmiers [9].

L'étude des procédures consistait en une observation passive des soins infirmiers avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques. Tous les patients se présentant en soins infirmiers au cours de la période d'enquête étaient éligibles dans l'étude.

Les différents paramètres de soins infirmiers évalués étaient : le pansement des plaies, la petite chirurgie c'est à dire les sutures avec pansement et les incisions d'abcès, l'injection intramusculaire (IM).

II.1 Echantillonnage et Population d'étude :

Les populations étudiées se composaient : des patients bénéficiaires de soins infirmiers, et les agents des différentes structures socio-sanitaires chargés des soins infirmiers.

Nous avons procédé à un choix raisonné du CSREF CII, et du dispensaire évangélique selon le degré de fonctionnement surtout en ce qui concerne les soins infirmiers. Ensuite dans un 2^{ème} temps à un tirage aléatoire simple de :

- 3 CSCOM / 5 fonctionnels
- 2 Structures de CSA / 5 CSA (structures parapubliques)
- 3 structures privées / 22

- ✓ Soit un total de 10 structures.
- ✓ L'échantillon a porté en définitive sur 230 consultants en soins infirmiers qui ont fréquenté les structures de santé pendant la durée de l'enquête. Le protocole consistait à observer le praticien avant et pendant les soins infirmiers tout en remplissant le questionnaire de façon discrète.

II-2. Protocole de recueil des données : La collecte des données a duré vingt (20) jours, repartis comme suit: deux jours par centre, avec un rattrapage organisé pendant trois jours pour compléter les données du centre de santé de référence.

La collecte des données a été réalisée sur un questionnaire « observation des soins infirmiers avril 2001 ». Il s'agissait d'un outil élaboré conformément au référentiel d'analyse

de la qualité des soins en milieu urbain en février 2000, à la Direction régionale de la santé du district de Bamako, et celui des écoles professionnelles de formation adapté aux soins infirmiers [10].

La Variable dépendante mesurée est: la Qualité des soins infirmiers.

Les Variables indépendantes mesurées sont surtout: les caractéristiques du patient (âge, sexe, profession, le niveau d'instruction), le type de structure, la qualification de l'agent, l'accueil, le type de soins, la réalisation des gestes techniques de soins, et le coût des soins.

Le personnel d'enquête était composé d'un binôme constitué d'un médecin et d'un technicien supérieur en santé publique dont l'un pour l'observation des soins et l'autre pour le recueil de l'opinion des patients.

II-3. Méthodes d'analyses

II-3-A. Échelles de mesures : Pour déterminer le niveau de qualité des soins infirmiers nous avons adopté la démarche suivante :

- Au cours de l'observation chaque geste technique était coté à un (1) lorsqu'il était réalisé et zéro lorsqu'il ne l'était pas;
- Le niveau de qualité des soins infirmiers a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires. Ainsi nous avons utilisé deux types d'échelles pour classer les formations sanitaires enquêtées en terme de qualité :

⊕ Une première échelle où les soins infirmiers sont dites de :

- «Bonne qualité » lorsque les variables discriminatoires ont été réalisées;
- «Moins bonne qualité» dite de « non qualité » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

⊕ Une deuxième échelle où les soins infirmiers sont classés en 4 niveaux de qualité :

- Soins de niveau élevé (Q4) : 95 à 100% des gestes de la dimension étaient réalisés
- Soins de niveau (Q3):75 à 94,5% des gestes de la dimension étaient réalisés

- Soins de niveau (Q2) : 50 à 74,5% des gestes de la dimension étaient réalisés
- Soins de niveau (Q1) : moins de 50% des gestes de la dimension étaient réalisés.

Ainsi pour chaque dimension la structure sanitaire est de :

- **Niveau IV** : si 75% à 100% des patients bénéficient de soins infirmiers de qualité satisfaisante (Q4 et Q3);
- **Niveau III** : si 50 à 74,50 % des patients bénéficient de soins infirmiers de qualité satisfaisante (Q4 et Q3);
- **Niveau II** : si 25% à 49,5% des patients des patients bénéficient de soins infirmiers de qualité satisfaisante (Q4 et Q3);
- **Niveau I** : si moins de 25% des patients des patients bénéficient de soins infirmiers de qualité satisfaisante (Q4 et Q3).

II-3-B. Traitement et analyse des données : Les données ont été saisies et analysées sur le *logiciel Epi info version 6.04 fr, et SPSS. Les tests statistiques utilisés étaient le χ^2 avec test significatif lorsque $p < 0,05$.

III. RESULTATS : Les caractéristiques socio démographiques de la population d'étude sont présentées dans le tableau I. La moyenne d'âge des patients était 22 ans, avec un écart type de 15,19 ; l'âge minimum des patients était 1an, et l'âge maximum 70 ans. La majorité de nos patients résidait en commune II (soit 78, 3% des patients de l'échantillon).

La figure 1 montre la répartition des soins infirmiers selon la catégorie professionnelle de l'agent de santé. Les actes délivrés par les aides soignants représentent une proportion importante (soit 71,7% des cas observés). Des fréquences élevées de scores qualité ont été enregistrées parmi les actes délivrés par les aides soignants.

Nous avons observé que la qualité de l'accueil (quand 3/3 gestes discriminatoires de la dimension humaine sont réalisés), nous constatons que seulement 23% des patients de l'étude ont bénéficié d'un accueil de qualité contre 77% qui n'en ont pas bénéficié. Le score qualité maximum (3/3) a été enregistré, au niveau du dispensaire évangélique (84,9%), et le minimum (0/3) au niveau des CSCOM et structures privées avec une fréquence assez élevée (67,9%). Nous avons enregistré des fréquences élevées de réalisation pour la salutation (74,3%). Par contre les fréquences décroissent pour l'assurance des patients (43,5%), et l'explication de soins 27,4%.

L'évaluation de la dimension technique pansement – petite chirurgie est présentée sur le tableau II. Une fréquence assez élevée de réalisation a été enregistrée concernant le "Port de gant ", la qualité du tampon utilisé, la "stérilisation du matériel, l'existence de poubelle. Des faibles fréquences de réalisation ont été enregistrées concernant le "lavage des mains avant et après chaque soin, la décontamination du matériel après usage, le triage des déchets : 29,56% et leurs incinérations. Le score minimum enregistré était 3/14 gestes et le maximum de 11/14. Le récapitulatif des fréquences score qualité de réalisation pour le pansement et la petite chirurgie. Nous avons enregistré une proportion importante de sujets recevant des soins de faible niveau qualité (< 7 gestes). Les scores de faible niveau qualité (<7 gestes/14) enregistrés dans les structures étaient de 29,41% pour les CSCOM et privés, 19,12% pour la structure publique, 2,20% pour les structures parapubliques, et 0,0% pour la structure professionnelle. Tous les soins effectués dans la structure professionnelle, ont bénéficié d'un score relativement assez important (>7 gestes). Les scores qualités (>7 gestes) enregistrés dans les structures sanitaires étaient de 30,16% au niveau de la structure professionnelle, 18,38% pour les structures parapubliques, 0,73% au niveau de la structure publique, et 0,0% au niveau CSCOM- privées. Par conséquent la qualité des soins semble être influencé par le type de structure avec un avec test significatif ($p < 10^{-8}$).

Cependant, le score de très bon niveau qualité pansement- petite chirurgie (14/14 gestes) indiqué dans le référentiel n'a été enregistré dans aucune structure. Par rapport à la réalisation des gestes techniques qualifiant le pansement/ petite chirurgie enregistrés dans les différents types de structure. Des faibles fréquences de réalisation ont été enregistrées dans toutes les structures concernant le "lavage des mains avant et après les soins, et le triage des déchets. Des faibles fréquences de réalisation de variables discriminatoires ont été enregistrées au niveau des *CSCOM et structures privées : *les agents ne se lavent pas les mains avant les soins dans 95,4 %, * la qualité de la matière utilisée pour le tampon n'est pas de bonne qualité (compresse non stérile ou coton sale) dans 50%. * Le port de gant n'est pas respecté dans 77,5% , et *le matériel est non stérilisé dans la plupart des cas observés (75%). Le matériel n'est pas décontaminé dans 1,15% des cas au niveau des CSCOM et privés, 1,85% au niveau du CSF., et non incinéré dans la plupart des structures.

Tableau III : Les fréquences de réalisation des variables de l'injection intramusculaire (IM)

Un total de 76 injections a été observé dans les centres de santé enquêtés. La répartition était la suivante: 24 injections au niveau de la structure publique, 8 injections au niveau de la structure confessionnelle, 11 injections au niveau des structures parapubliques, et 33 injections au niveau des structures privées-CSCOM. Plus de la moitié des injections sont effectuées par les aides-soignants et les matrones. Parmi les agents enquêtés 78,26% ne se lavent pas les mains avant les soins et 68,26% ne se lavent pas les mains après les soins, une seringue stérile a été utilisée pour 94,74% des injections. Une aiguille stérile a été utilisée pour 86,84% des injections, la seringue a été préparée juste avant l'injection dans 96,05% des cas. Les produits sont reconstitués avec une aiguille stérile pour 84,21% des injections, et pour 92,47% des soins, le personnel de santé n'a pas donné d'explication soin au patient. Dans 6,58% des cas, l'injection a été faite sans nettoyage de la peau par le personnel de santé et l'utilisation de l'alcool 96,05%. Dans 17,11% des cas le tampon était sale ou taché de sang et les injections ont été effectuées hors de la zone indiquée dans 42,11%. L'aiguille est recapuchonnée par l'agent avec la main dans 98,67% des cas après l'injection et immédiatement après l'aiguille est collectée dans une poubelle ou haricot ou carton (28,95%), un flacon (71,05%) et une boîte de sécurité (0%).

Par rapport à la de réalisation des gestes techniques qualifiant l'injection IM selon le type de structure le récapitulatif est présenté sur le Tableau III. Nous avons enregistré des faibles fréquences de réalisation pour lavage des mains avant et après les soins, le triage des déchets, et le recapuchonnage de l'aiguille avec une pince. Les injections n'ont pas été faites à la zone indiquée dans 62,5% des cas observés au niveau de la structure confessionnelle ; 12,5% au niveau du CSREF ; 64,74% au niveau des CSCOM - privés ; et 30,77% au niveau des structures parapubliques.

En ce qui concerne les variables discriminatoires des faibles fréquences de réalisation ont été enregistrées pour la plupart des gestes au niveau des CSCOM - structures privées, CSREF (Tableau III). Selon les fréquences score qualité IM enregistrées dans les différents types de structures sanitaires, nous avons constaté que toutes les injections

effectuées dans la structure confessionnelle, ont bénéficié d'un score relativement important (>15 gestes).

Les faibles scores (< ou égale 10 gestes) ont été enregistrés au niveau des CSCOM- privés (48,48%), structures parapubliques (27,27%) et publiques (25%)

* Le score maximum enregistré pour l'ensemble des injections IM était (19) gestes, et le minimum (8)

Par contre les scores qualités du référentiel fixés à 20 gestes pour l'injection IM et 14 pour le pansement n'ont été enregistrés dans aucune structure.

IV. Discussions : Notre étude s'est déroulée d'avril à mai 2001 sur les soins infirmiers (pansements et injections IM), a permis d'évaluer le niveau de qualité des prestations techniques en soins infirmiers dans les structures privées, communautaires, parapubliques, confessionnelles et publiques de la commune II du district de Bamako. Notre préoccupation (objectif) en effectuant cette étude était de déterminer le niveau actuel de qualité des soins infirmiers, de détecter les éventuelles lacunes dans l'exécution de cette activité afin de proposer des mesures correctives pour rehausser le niveau de qualité des soins infirmiers. L'accueil est de qualité pour 23% des structures de santé étudiées. Il ressort de ces résultats observés pour l'accueil que dans l'ensemble la qualité de l'accueil est faible dans la plupart des formations sanitaires évaluées, à l'exception du dispensaire évangélique où elle semble être très acceptable. La qualité accueil est significativement associée au type de structure ($p < 10^{-8}$). Cela pourrait être due au système de motivation et à l'amour pour le travail. Le classement par niveau de qualité montre que de gros efforts doivent être déployés pour rehausser la qualité de l'accueil dans la plupart des centres de l'étude.

Quant aux gestes techniques et démarche des soins, 71, 7% des soins infirmiers ont été réalisés par du personnel non qualifié (aides soignants et matrones), ce qui rejoint l'étude du Mali sur la sécurité des injections⁶ avec une proportion de 49% pour les injections. D'énormes efforts doivent être déployés au niveau des centres évalués pour rehausser la qualité du personnel en recrutant de jeunes agents avec une formation requise. Pour analyser les résultats des gestes techniques nous avons considéré 3 sortes de risque:

a) Risque du patient à un autre patient :

- Nous évoquons l'existence de ce risque en tenant compte des arguments suivants :
- L'absence presque totale de directives écrites dans les centres de santé pour la sécurisation des injections, la protection contre les déchets, le traitement et la prévention des blessures
- Dans 5,26% à 13,16% des injections thérapeutiques observées, une seringue et une aiguille stérile n'ont pas été utilisées.
- Une partie des injections thérapeutiques (6,58%), est faite sans nettoyage de la peau.
- Pour **13,16%** des injections thérapeutiques, la peau a été nettoyée avec un tampon sale ou taché de sang.
- Dans **33,82%** des pansements observés, le port de gant n'a pas été respecté
- Un pansement sur 4 (**25%**), est effectué sans stérilisation du matériel,
- Pour 34,56% des pansements la matière utilisée (compresse) n'était pas stérile
- La plupart des agents observés ne se lavaient pas les mains avant les soins (78,26%), ou après (68,26%)
- 42,11% des injections thérapeutiques ont été effectuées en dehors de la zone indiquée, ce qui pourrait occasionner des paralysies.
- Tous ces comportements diminuent la qualité de l'asepsie pouvant occasionner des abcès.

b) Risque du patient à l'agent de santé

L'utilisation de flacon au lieu de la **boîte de sécurité indiquée (0%)**, a été observée dans **71,05%** des injections thérapeutiques. Ce qui permet de réduire le risque de contamination du personnel sanitaire. Or, la plupart des agents de santé sont exposés à des risques de piqûre accidentelle par la manipulation des déchets piquants (aiguilles, lames, etc...). La quasi-totalité des agents observés (**98,96%**) **recapuchonnent** les aiguilles après les injections thérapeutiques. Selon l'étude réalisée par le CNI en collaboration avec l'UNICEF au Mali ⁶, **66%** affirment recapuchonner les aiguilles et 23% ont reçu au moins une piqûre. C'est une conséquence d'un comportement non adéquat qui pourrait s'expliquer par l'insuffisance d'IEC, d'éducation sanitaire ou l'imprudence en l'absence de lien constaté par notre étude entre la qualification de l'agent et la qualité des soins infirmiers.

c) Risque du patient à la communauté :

Après les soins, le triage des déchets est effectué seulement dans 29,56% des cas (partiellement pour les aiguilles) et 36,52%

pour l'incinération des déchets. Ces déchets piquants déversés dans les dépotoirs, constituent un grand risque de contamination pour la population. Nos résultats, en ce qui concerne la procédure des injections sont similaires à ceux du Mali⁶ où la qualité n'est pas satisfaisante, et les injections non sécurisantes. Le classement par niveau de qualité des procédures de soins infirmiers montre que de gros efforts doivent être déployés pour améliorer la qualité des soins dans les structures publiques, privées, Communautaires (CSCOM), parapubliques où le niveau est faible dans la plupart des cas. Cependant quelques efforts doivent être faits au niveau de la structure professionnelle où le niveau de qualité est assez bon. L'étude analytique n'a montré aucun lien pour la plupart des variables, sauf pour le type de structure. Par conséquent la qualité technique des soins infirmiers semble être influencée par le type de structure. Cette situation pourrait s'expliquer par l'insuffisance dans : l'organisation des activités au niveau des centres, le suivi, la formation, la disponibilité de matériels, l'information et l'éducation sanitaire du personnel par rapports aux comportements à risques.

➤ Limites de l'étude : Malgré ces résultats notre étude a souffert de :

- Étude transversale, et focalisées uniquement sur les procédures de soins
- Modification du comportement des agents dans le sens positif.
- Néanmoins, nous aurions voulu compléter l'étude par un regard anthropologique et socio-économique.

- Nous n'avons pas utilisé d'indice synthétique résumant tous les aspects de la qualité, car nous avons voulu cerner les déficits portant sur les différentes composantes de la qualité.

Nous avons procédé au choix de variables discriminantes. Si l'une de ces variables venait à manquer, elle remet en cause l'ensemble de la qualité de l'acte de soins infirmiers dans la catégorie de domaines de qualité définis. Ce qui a permis de faire le classement des CSCOM, privées, structures parapubliques, professionnelles et publiques par niveau de qualité et partant de repérage des problèmes à différent niveau de domaines de qualité.

Notre population d'étude avait des caractéristiques proches de celles des enquêtes similaires récemment menées dans le district de Bamako en commune V et VI [5]. L'analyse

objective de la qualité a permis de mettre en exergue des déficits liés :

V. Conclusion :

L'étude dont la collecte des données a été réalisée d'avril à juillet 2001 a montré un faible niveau de qualité des prestations en soins infirmiers dans les formations sanitaires publiques, parapubliques, confessionnelles, communautaires et privées de la commune «II » du district de Bamako.

Les déficits mis en exergue par l'analyse des résultats sont en rapport avec :

- Le processus de soins qui est appliqué très souvent de façon incomplète dans les centres : gestes techniques incomplets,
- Le respect physique et psychique des malades a été le plus souvent respecté au niveau des structures confessionnelles lors des soins infirmiers, mais beaucoup moins dans les autres structures.
- L'absence presque totale de directives écrites pour, la prévention des infections nosocomiales lors des soins, la sécurisation des injections, la protection contre les déchets, le traitement et la prévention des blessures.
- La non- disponibilité de poubelles ou de matériels de stérilisation adapté dans la plupart des CSCOM et centres privés.
- La plupart des pansements et injections sont effectués par les matrones et les aides soignants (personnel non qualifié)
- Utilisation de seringues et aiguilles non stériles pour l'injection dans une proportion variant entre 5,26% à 13,16% de la population enquêté.

Nous pouvons conclure que les soins infirmiers ne sont pas totalement sécurisants dans la plupart des infrastructures sanitaires de la commune II du district de Bamako.

Tableau I:Caractéristiques socio démographiques de la population d'étude commune II du District de Bamako, avril- mai 2001.

Caractéristiques Socio démographique de la population d'étude (n=230)	Catégories	Effectifs	%
Sexe	M	128	55,65
	F	102	44,35
Niveau d'instruction	Alphabétiser langue nationale	1	0,4
	Jamais allé à l'école	133	57,8
	Premier cycle	37	16,1
	Second cycle	23	10,0
	Enseignement secondaire	5	2,2
	Enseignement supérieur	9	3,9
Qualification des agents (actes effectués par les catégories professionnelles)	Coranique	22	9,6
	Médecin	3	1,3
	Infirmier	51	22,2
	Aide- soignant	165	71,7
Age des patients	Autres personnels	11	4,8
	< 5ans	35	15,22
	5- 15 ans	47	20,43
	> 5 ans	148	64,35

Tableau II: Récapitulatif des fréquences de réalisation des gestes techniques qualifiant le pansement/ petite chirurgie dans les structures de la commune II District de Bamako avril-mai 2001.

Gestes techniques: Pansement- Petite Chirurgie	Effectifs qualité	Effectifs non qualité	Total	Fréquence de réalisation
*Se lave les mains avant le soin	50	180	*230	21,74%
*Se lave les mains après le soin	73	157	*230	31,74%
Porte des Gants	90	46	136	66,18%
Matière utilisée pour le Tampon	89	47	136	65,44%
Type de désinfectant utilisé	136	0	136	100,0%
Matériel utilisé (stérilisation)	102	34	136	75,0%
*Décontamination Matériel après usage	99	131	230	43,04%
*L'agent sait -il préparer l'eau de décontamination	104	126	230	45,22%
*L'agent applique t -il méthode de décontamination	96	134	230	41,74%
*Triage des déchets	68	162	230	29,56%
*Jetés à la poubelle	221	9	230	96,09%
*Incinérés	84	146	230	36,52%

Tableau III : Récapitulatif des fréquences de réalisation des gestes techniques qualifiant l'injection intramusculaire (IM) dans les structures de la commune II District de Bamako avril- mai 2001.

Gestes techniques: IM	Effectifs qualité	Effectifs non qualité	Total	Fréquence de réalisation qualité
*Se lave les mains avant le soin	50	180	*230	21,74%
*Se lave les mains après le soin	73	157	*230	31,74%
Type de seringue utilisée selon les normes	76	0	76	100,0%
Usage d'une nouvelle seringue	72	2	76	94,74%
Usage d'une nouvelle aiguille	66	10	76	86,84%
Préparation de la seringue	73	3	76	96,05%
Reconstitution du médicament avec	64	12	76	84,21%

une aiguille stérile				
Nettoie la peau avant l'injection	71	5	76	93,42%
Quel type antiseptique utilise l'agent	73	3	76	96,05%
Si alcool qualité du tampon	66	10	76	86,84%
Fait l'injection dans la zone d'injection indiquée selon les normes	44	32	76	57,89%
Masse le point d'injection après L'injection	76	0	76	100%
Masse le point d'injection avec L'alcool?	73	3	76	96,05%
Pour mettre le capuchon de l'aiguille utilise une pince après l'injection	1	75	76	1,33%
Collecte l'aiguille immédiatement après l'injection selon les normes	54	22	76	71,05%
*Décontamination Matériel après usage	99	131	230	43,04%
*L'agent sait -il préparer l'eau de décontamination	104	126	230	45,22%
*L'agent applique t -il méthode de décontamination	96	134	230	41,74%
*Triage des déchets	68	162	230	29,56%
*Jetés à la poubelle	221	9	230	96,09%
*Incinérés	84	146	230	36,52%

REFERENCES

- [1] . Coulibaly S. et al. (1996). *Enquête Démographique et de Santé du Mali 1995-1996*. Calverton, Maryland, USA : Cellule de la Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction de la Statistiques et de l'Information et Macro international.(p 12-110)
- [2] MSPAS Mali. *Projet de plan décennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2007*(p.10-20).MSPAS, Bamako juillet 1997.
- [3] Conférence sur la Maximisation de l'accès et de la Qualité des soins (p.51).*Rapport sommaire, Dakar, 1 au 4 mars 1999*
- [4] Roemer MI, Montoya-Aguillar C. *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, WHO, 1998(WHO Offset publication N°.105).
- [5] *Projet Santé Urbaine Mali .District de Bamako. La qualité des soins dans les communes V et VI du district de Bamako. Synthèse des résultats. Mars 2000*
- [6] MSPAS Mali /CNI/"*Étude sur la sécurité des injections au Mali*". Rapport UNICEF août 2000.
- [7] *Monographie du District de Bamako novembre 1994. Gouvernorat du district de Bamako Cellule technique Mission Française de Coopération et d'action Culturelle au Mali. Projet Fac n°152 /CD/92*
- [8] Van Lerbergheb W. *Intégrations et recherche*(p.169-171) *Studies in health services et policy, Antwerp, 1998*.
- [9] Donabédian. A. *Explorations in assessment and monitoring, Vol I the definition of quality and approches to it's assessment Health administration Press, An Arbor, Michigan, 1980*.
- [10] MSPAS. Mali, *Ecole de formation des Techniciens Socio - Sanitaires. Travaux pratiques de Médecine, soins infirmiers. Version 2000*.
- [11] *Étude sur « l'équité dans l'accès et l'utilisation des services de santé urbains ». Volet n° 3 : Évaluation de la qualité des services offerts dans les formations sanitaires des district de Dakar. Dakar, octobre 2000*
- [12] *Projet Équité dans l'accès aux soins en milieu urbain : Notes de synthèse. Conakry, novembre 2000*.
- [13] « *Projet Santé Urbaine Qualité des Soins» districts sanitaires Niamey communes I, II, III. Direction de la santé de la communauté urbaine de Niamey. Novembre 2000*
- [14] SIGN/OMS/Génève. *Tool to assess injection safety, Draft2, avril 2000*.
- [15] UNICEF, ORSTOM, *Coopération Française. Atelier pour la finalisation du protocole sur la qualité des soins Abidjan, 29-30 juin 1998*.
- [16] OMS/CDC. *Études sur les injections, 1999*.